



University of Groningen

Multifunctionele forensische centra binnen de geestelijke gezondheidszorg

van Tuinen, K.

Published in:

Ontmoetingen : Voordrachtenreeks van het Lutje Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1996

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

van Tuinen, K. (1996). Multifunctionele forensische centra binnen de geestelijke gezondheidszorg. Ontmoetingen : Voordrachtenreeks van het Lutje Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap, 2.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Multi-functionele forensische centra binnen de geestelijke gezondheidszorg

*K. van Tuinen**

Het is ondoenlijk om in kort bestek alle mogelijkheden en onmogelijkheden van de forensisch-psychiatrische klinieken ten aanzien van de opvang en behandeling van geestelijk gestoorden, die zich tussen wal en schip bevinden of daartussen dreigen te belanden, hier aan de orde te laten komen. Wel vind ik het een uitdaging om hieruit een aantal issues die mij de afgelopen jaren sterk bezig hielden, met het oog op de verdere ontwikkeling van de forensische psychiatrie, aan u voor te leggen.

Ontwikkelingen binnen de forensische psychiatrie

In het tijdsbestek dat overeenkomt met het bestaan van ons Lutje PJG zijn de voorzieningen op het gebied van de forensisch psychiatrie in kwantitatieve, maar vooral in kwalitatieve zin enorm toegenomen. Ik noem hier de TBS-klinieken, het F.S. Meijers Instituut, het Pieter Baan Centrum (PBC), de Forensische observatie- en behandelingsafdeling (FOBA), de professionalisering van de reclassering, de Districtspsychiatrische Diensten en de oprichting van psychosociale teams in de penitentiaire inrichtingen, waarin ook vaak een psychiater participeert. Ik noem ook wat zich in betrekkelijke stilte maar met grote vaart aan het ontwikkelen is op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg: de oprichting van forensisch-psychiatrische klinieken (FPK's) en forensisch-psychiatrische afdelingen (FPA's) bij algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ).

Nu zou men zich vergenoegzaam kunnen vleien met de bewondering van de buitenlanders voor het in dit land gepresteerde, maar daar is mijns inziens geen reden voor, gelet op de ontwikkelingen in de maatschappij.

**Hoofd forensisch-psychiatrische kliniek van het APZ Drenthe.*

Maatschappelijke ontwikkelingen

Om met dit laatste te beginnen: de zogenaamde zorgzame samenleving is er niet in geslaagd zorgzaam te zijn voor juist de sociaal en psychisch zwaksten aan de onderkant van de maatschappij. Zorgzaamheid, soms eufemistisch verwennerij genoemd, heeft de betekenis gekregen van streven naar materiële welvaart en van goed zorgen voor jezelf. Charles Taylor in "Sources of the Self",¹ ziet de moderne mens dan ook zijn hoogste zin zoeken in drie alledaagse doelen: gezondheid, inkomen en reizen. Het primaat van de economische orde, de privatisering en de individualisering leidt tot afbraak van de verzorgingsstaat, de verrechtsing, waarbij de maatschappelijke onrust zich uiteindelijk vertaalt in angst: angst om verstoten te worden, om als werkloze of arbeidsongeschikte zelf tussen wal en schip te belanden; of angst voor vreemden, al eerder verstotenen: junks, zwervers, ook psychiatrische patiënten, illegalen en vooral criminelen. De maakbare samenleving is een illusie gebleken.

Rene van Swaaningen² schetst het beeld van een hulpeloze overheid, die in plaats van te zoeken naar de sociale oorzaken van criminaliteit, naar het zwaard van de straf grijpt als vorm van crisismanagement, alsof veiligheid maakbaar is met nog meer gevangenissen en langere straffen. Insiders weten overigens wel dat het subjectieve onveiligheidsgevoel het objectieve risico verre te boven gaat en dat met name de economisch zwakkeren het meest met criminaliteit te maken hebben, niet alleen als dader, maar ook als slachtoffer.

Ook functionarissen in de forensische psychiatrie zullen het beeld kunnen bevestigen dat juist de onderste lagen van de samenleving sterk vertegenwoordigd zijn onder hun patiënten, zoals dat ook in de gevangenissen en de huizen van bewaring het geval is. In het spanningsveld, waarin aan de ene kant de economische orde tot ongelijkheid aanzet en aan de andere kant de pers namens het volk roept om vergelding, zwaardere straffen, de doodstraf weer bespreekbaar maakt en bij voortduring het onveiligheidsgevoel opklopt, komt de overheid niet toe aan een werkelijke aanpak van de criminaliteit door de sociale en psychische oorzaken ervan aan te pakken. Het is net of de overheid niet over zijn eigen horizon heen kan kijken en de fictie van een vrije wil blijft koppelen aan een vrije samenleving.

¹Charles Taylor, Sources of the self: the making of the modern identity. Cambridge, MA Harvard University Press, 1989.

²Filosofie-magazine, juni 1995, p. 24 e.v..

Van care naar control

Het is mijn zorg dat wij langzaam maar zeker opschuiven in de richting van de Amerikaanse maatschappij. En dan denk ik niet aan de overal uit de grond vliegende McDonalds, airmiles en dergelijke, maar aan een maatschappij die geen 'loosers' duldt, meer op control/beheersing dan op care/zorg uit is en daardoor een enorme geweldsspiraal in gang zet. Getallen zeggen in dit verband meer dan woorden.

Van de westerse min of meer geïndustrialiseerde staten nemen Amerika en Zuid-Afrika het voortouw wat het aantal gevangenen per 100.000 inwoners betreft. Zij lopen op kop met tegen de 500 gedetineerden per 100.000 inwoners. En in Amerika lijkt het einde nog niet in zicht. In de grote steden zit bijvoorbeeld 1 op de 6 zwarten tussen de 18 en 40 jaar vast. Ter vergelijking: in Rusland op het hoogtepunt van de Goelag-Archipel zaten er zo'n 770 op de 100.000 Russen geïnterneerd. In Nederland thans zo'n 60, meer dan een verdubbeling vergeleken met de jaren '70 en ook hier werd, naast geluiden dat de grens bereikt is, onlangs³ door een adviescommissie van het Ministerie van Justitie opnieuw voor uitbreiding van de celcapaciteit gepleit.⁴

Het is niet goed voor te stellen dat wij Amerika achterna zouden gaan en 8 x zoveel gedetineerden zouden hebben dan thans het geval is. Iedere stad van 50.000 inwoners zou dan een Grittenborgh hebben en een onvoorstelbare berg resocialisatieproblemen.

In zijn afscheidsrede "Verleden en heden verweven"⁵ vat Frank Beyaert het zo samen: "het tekort aan cellen wordt veroorzaakt door een redeloze toename van de eisen van het OM tot steeds langere straffen en van de beslissingen van de rechter in dezelfde zin. Die tendens valt wellicht te keren door het OM een budget te geven aan detentie jaren, zoals ook Volksgezondheid een budget heeft".

³Frank Kuitenbrouwer, Celstraffen zijn weer helemaal in. NRC Handelsblad, 6 november 1995.

⁴Het recht ten uitvoer gelegd, Rapport van de Commissie Herooverweging instrumentarium rechtshandhaving (zie Korthals Altes), augustus 1995.

⁵F.H.L. Beyaert, Verleden en heden verweven. Willem Pompe Instituut, Utrecht 1995, p. 14.

Parallel aan de enorme uitbreiding van het Justitie-systeem en de gevangenis capaciteit in Amerika, zag men daar in een drietal decennia een desastreuze vermindering van meer dan 500.000 bedden in de State-hospitals tot zo'n 100.000 aan het begin van de '90-er jaren.⁶ Deze deinstitutionalisering wordt als rechtstreekse oorzaak gezien van de explosieve groei van het aantal chronisch psychisch zieke zwervers. Ze zijn als het ware gerecycled naar de maatschappij. Als voorbeeld: in New York leven zo'n 80.000 dak- en thuislozen, waarvan de helft alleen de straat heeft als onderdak. Een derde wordt ingeschat als chronisch psychotisch.⁷

Het is nu de vraag of ook in ons land de deinstitutionalisering en het opheffen van de asielfunctie van de psychiatrische ziekenhuizen niet alleen debet is aan de groeiende stroom dak- en thuisloze zwervers, maar ook aan de enorme uitbreiding van de celcapaciteit.

Ernstige psychiatrische stoornissen binnen de gevangenispopulatie

Binnen die cellen neemt het aantal gestoorde met de jaren toe, ook percentageel. Het beeld van communicerende vaten helpt ons te beseffen dat potentieel forensisch-psychiatrische patiënten, nu eens door de maatschappij zwerven, dan weer in de psychiatrie worden opgenomen, of in een penitentiaire inrichting verblijven.

We hebben, wat de gevangenspopulatie betreft, op grond van taxaties van districtpsychiaters en gevangenispsychologen de percentages van ernstig psychiatrische stoornissen zien oplopen van enkele procenten tot thans wel 10 à 15% en volgens DSM-criteria zou wel 80% als lijdend aan een of andere psychische stoornis gediagnostiseerd kunnen worden. In ieder geval liggen deze percentages ver boven het landelijk gemiddelde en de vraag is of de scherpe scheiding tussen TBS-klinieken, waar behandeld moet worden en de penitentiaire inrichtingen, waar dat geen doel is, nog wel langer terecht is.

Van Emmerik zegt op grond van vergelijkend persoonlijkheidsonderzoek, dat het verschil tussen de bewoners van TBS-klinieken en gevangenen erg klein is, met dien verstande dat in de terbeschikkingstelling zonder uitzondering

⁶Hospital en Community Psychiatry, juli 1992, p. 669.

⁷Hospital en Community Psychiatry, augustus 1994, p. 769 e.v.

iedereen gestoord is. Ook het onderzoek van dr H. van Rooy⁸ in het toenmalige 'noodasyl' Dr. S. van Mesdag wees overigens al in deze richting.

We moeten dus beseffen dat er een toenemend probleem is van forensisch-psychiatrische patiënten, die zich deels in de maatschappij proberen staande te houden en deels binnen justitiemuren verblijven. Beide categorieën vallen tussen wal en schip en blijven verstoken van adequate behandeling en begeleiding, maar ook van de erkenning dat zij ziek zijn en recht hebben op professionele hulp, of zoals Roscam Abbing⁹ het noemt: "recht op gelijkheid bij de toegang tot de zorg". De AWBZ stelt dit recht, maar aan verzilvering bij de RIAGGs bijvoorbeeld komen gedetineerden niet toe.

In de GGZ gaat het om 10% van het gehele gezondheidszorgbudget, om ruim 6 miljard gulden. Ruim een half miljoen Nederlanders maken daar jaarlijks gebruik van. Zou er dan voor een paar duizend nieuwe forensisch-psychiatrische patiënten geen ruimte zijn?

De overheid is bovendien zelf verantwoordelijk voor het vaststellen van de omvang van de aanspraken van de wettelijke ziektekosten en voor de toegankelijkheid ervan.

Ik zal hier niet uitgebreid ingaan op de behandeling van de diep in de persoonlijkheid verankerd liggende stoornissen. Psycho-analytische inzichten leren ons dat chronische dissociale ontwikkelingsstoornissen ontstaan als gevolg van pathologische vroegkinderlijke relaties met moeders en vaders. Hun zwakke ik, hun verbrokken zelf, hun geïnternaliseerde negativiteit, agressiviteit en impulsiviteit worden weerspiegeld in de delicten die ze plegen, de wereld waarbinnen ze zijn opgevoed, beter: niet zijn opgevoed. De behandeling van deze patiënten die lijden aan ernstige narcistische stoornissen en borderlineproblematiek, vaak in combinatie met psychosen en verslavingen, vergt zeer veel deskundigheid en ervaring van de behandelaars en kan niet anders dan zeer intensief zijn,¹⁰ terwijl de motivatie zwak of totaal afwezig is. Straf helpt hen in ieder geval niet.

⁸Criminologisch onderzoek betreffende recidivisten en terbeschikkinggestelden. Ministerie van Justitie, 1957.; zie hierover ook W. Goudsmit in Ontmoetingen nr.1, november 1995, p. 7 e.v..

⁹In Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, april 1995, p. 331.

¹⁰Udo Ranchfleisch, Ambulante Psychotherapie met delinquenten. In: Psyche, april 1982.

Oplossingen zoeken binnen de GGZ

We komen nu bij de vraag: wat dient er te gebeuren, wat zou de forensische psychiatrie moeten en wat zouden de forensisch-psychiatrische klinieken kunnen in deze complexer wordende sociale problematiek. Hoe kunnen zij, met andere woorden, deze patiënten weer op het droge krijgen? In ieder geval moeten zij positie kiezen in de vele dilemma's rond deze patiënten: mad or bad, patiënt of delinquent, care of control. Maar er is meer.

Nodig is mijns inziens een revival van het overkoepelend denken van Baan, waarbij er een gezamenlijke verantwoordelijkheid en commitment ontstaat bij de rond deze patiënten betrokkenen: politie en justitie, OM en rechterlijke macht, maatschappelijk werk en reclassering en de G.G.Z. als geheel. De forensische psychiatrie kan dat niet alleen en is daarvoor te kwetsbaar, bevindt zich trouwens al in een te groot isolement, vooral achter de muren van de klinieken. Zij dient zelf actief dit proces van gedeelde verantwoordelijkheid te stimuleren en zich meer sociaal te engageren door het werkkterrein naar buiten uit te breiden: de maatschappij en de penitentiaire inrichtingen in.

Een handicap hierbij is dat de forensische psychiatrie zichzelf gemakkelijk met Justitie identificeert en omgekeerd ook daarmee geïdentificeerd wordt; zich ook meer met de controlkant dan met de carekant identificeert. In de thans op gang gekomen ontwikkeling van forensisch-psychiatrische klinieken en afdelingen is de oriëntatie een heel andere. Daar zijn het juist de GGZ-kaders die de forensische psychiatrie doen identificeren met de algemene psychiatrie, zoals die gangbaar is in de algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ). Care staat van nature daar voorop, control wordt waar nodig toegepast. Het lijkt me dat de scheidslijnen tussen deze twee soorten forensische psychiatrie zo snel mogelijk zouden moeten verdwijnen.

Ik ben er een voorstander van dat, los van de vraag of de terbeschikkingstelling als maatregel in ons sanctiestelsel gehandhaafd moet blijven, de TBS-klinieken zich onder de GGZ zouden scharen. De particuliere TBS-klinieken zouden dat zonder bezwaar kunnen doen. De rijks TBS-klinieken hebben een speciale positie vanwege hun directe aanlijning aan het ministerie van Justitie, maar daar lijkt ook wel een mouw aan te passen.

Als volgende stap dienen de klinieken zich te verbreden tot multi-functionele forensische centra, gekoppeld aan een bepaalde verantwoordelijkheidsregio,

waarin zij alle taken voor alle patiënten gaan uitvoeren: preventie, crisisinterventie, observatie, rapportage, behandeling en nazorg; dit zowel klinisch als ambulant. Zo'n centrum kan natuurlijk alleen maar in een netwerk functioneren waar goede samenwerkingsafspraken bestaan die formeel zijn vastgelegd. Partners daarbij zijn vanzelfsprekend politie, OM en rechterlijke macht, gevangeniswezen, Districts psychiatrische dienst (DPD), reclassering en het Consultatiebureau voor alcohol en drugs (CAD) en de GGZ-partners als de RIAGG en de Regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW).

Met name zou zo'n centrum ook de penitentiaire inrichtingsbevolking onder zijn hoede moeten nemen. Het zou zowel voor consultatie, crisisinterventie en behandeling, als voor resocialisatieprogramma's in de laatste fase van de detentie of na de VI-datum moeten zorgen.

Voor de hand ligt ook dat op termijn de DPD in zo'n centrum gintegreerd wordt. Het koppelen van zo'n centrum aan een verantwoordelijkheidsregio heeft als voordeel dat patiënten die eenmaal als forensisch-psychiatrisch patiënt zijn benoemd, gemakkelijk gevolgd kunnen worden, of met een lelijk woord "gemonitord", óók als ze zwerven en bij een GSD opduiken, of door de wijkagentesignaleerd worden. De ontwikkelingen in de GGZ maken het mogelijk de zorg multi-lokaal, zonodig bij de patiënt thuis, aan te bieden. Intensieve thuiszorg, zorg op maat, case-management en 'outreaching' zijn hierbij de momentane steekwoorden.

De bestaande klinieken zullen in plaats van een sterke naar-binnen-gerichtheid juist over hun eigen muren heen moeten kijken en het accent vooral moeten leggen op het ontwikkelen van ambulante behandelprogramma's, zoals o.a. delictscenariogroepen, sociale-vaardigheidstraining, terugvalpreventiegroepen, diverse vormen van psychotherapie en medicamenteuze behandeling. Dit alles in het kader van een poliklinische activiteit ten behoeve van patiënten die niet, nog niet of niet meer klinisch hoeven te worden opgenomen. Wat de juridische titels betreft dient men te concluderen dat die voor de behandeling in engere zin niet relevant zijn. Immers, in zo'n forensisch centrum is de stoornis bepalend en niet de titel die de patient draagt. De titel is slechts bepalend voor de behandeling in brede zin, namelijk om zijn motivatie te helpen stutten.

Tenslotte is het noodzakelijk om wettelijke kaders te creëren waarbij ambulante dwang en drang mogelijk wordt gemaakt om deze patiënten een stok achter de deur te geven. Dit is geen pleidooi voor terugkeer van het bestwil-criterium, maar voor een verdere aanscherping en uitbreiding van het gevaarscriterium dan de rechterlijke macht thans hanteert.

Slot

Mijn gedachte is dat het vooral de wisselwerking is tussen de sociale, politieke en economische ontwikkeling, de verschuiving van patient naar delinquent, van mad naar bad, van care naar control, die de sociale rechtvaardigheid in onze maatschappij steeds meer aantast en die fundamentele mensenrechten, waaronder het recht op medische en dus ook psychiatrische hulp, bedreigt. En het laat zich raden dat de zwaksten het eerst het kind van de rekening zijn: vandaag waren dat de forensisch-psychiatrische patiënten.